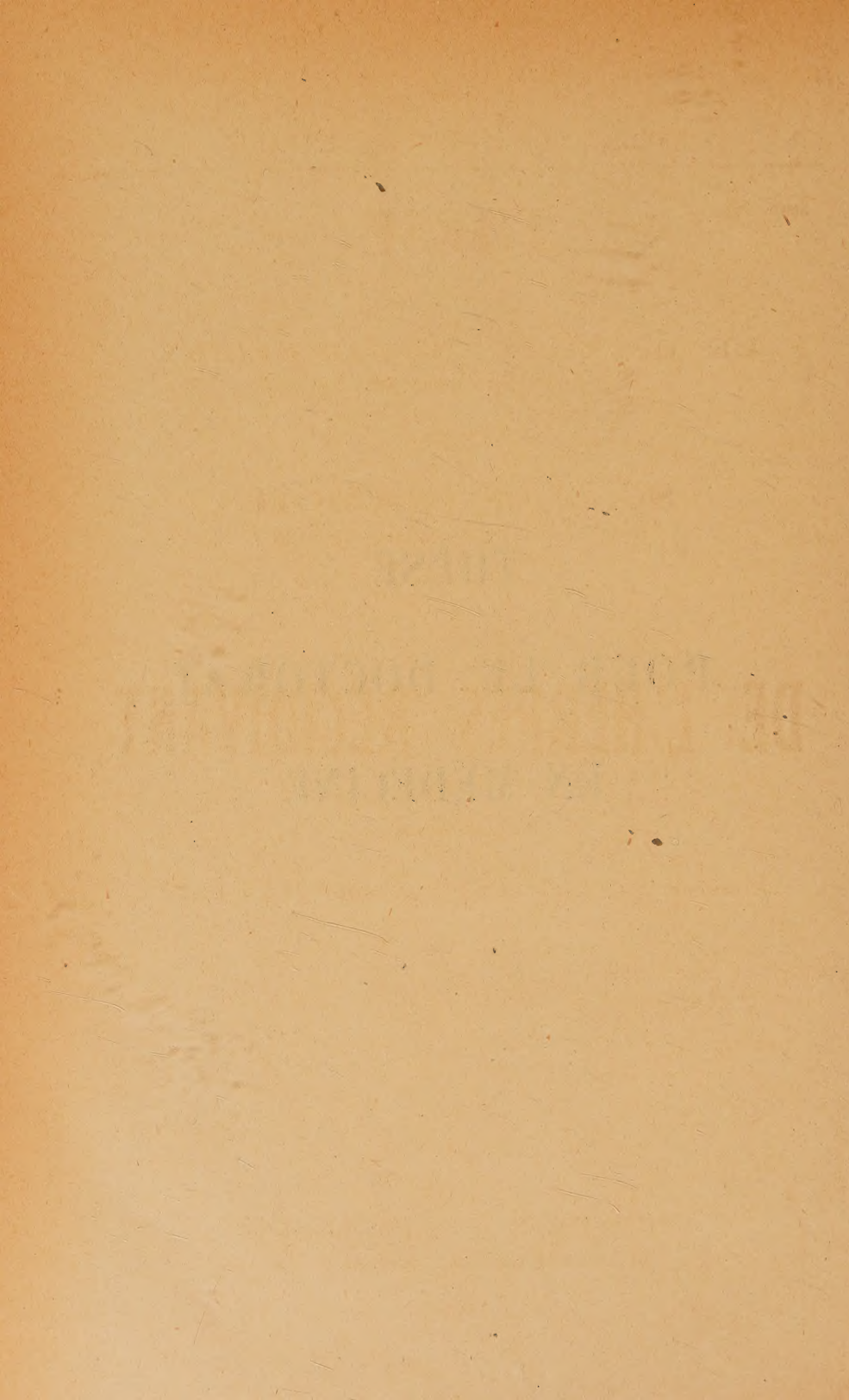


THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

SOLOMON SAMOÏL

Né le 7 Janvier 1897 à Bucarest (Roumanie)

DE L'HERPÈS RÉCIDIVANT

Président de thèse : M. le Professeur JEANSELME

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

—
1924

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
Clinique médicale	ACHARD.
	WIDAL.
	MARFAN.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies des enfants.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	JEANSELME.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TEISSIER.
Clinique des maladies infectieuses.....	DELBET.
	HARTMANN.
Clinique chirurgicale	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	BROCA (Auguste)
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.

II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI.....	Pathologie médicale.	LABBÉ (Henri)...	Chimie biologique.
ALGLAVE.....	Pathologie chirurgic ^{le} .	LARDENNOIS.....	Pathologie chirurgic ^{le} .
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.	LE LORIER.....	Obstétrique.
BASSET.....	Pathologie chirurgic ^{le} .	LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie
BEAUDOUIN.....	Pathologie médicale.	LEMIERRE.....	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.	LÉVY-SOLAL.....	Obstétrique.
BLANCHETIÈRE.	Chimie biologique.	LHERMITTE.....	Pathologie mentale.
BRANCA.....	Histologie.	LIAN.....	Pathologie médicale.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.	MATHIEU.....	Pathologie chirurgic ^{le} .
BUSQUET.....	Pharmacologie et ma- tière médicale.	METZGER.....	Obstétrique.
CADENAT.....	Pathologie chirurgic ^{le} .	MOCQUOT.....	Pathologie chirurgic ^{le} .
CHAMPY.....	Histologie.	MONDOR.....	Pathologie chirurgic ^{le} .
CHIRAY.....	Pathologie médicale.	MOURE.....	Pathologie chirurgic ^{le} .
CLERC.....	Pathologie médicale.	MULON.....	Histologie.
DEBRÉ.....	Hygiène.	PHILIBERT.....	Bactériologie.
de JONG.....	Anatomie pathologique.	RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
DUVOIR.....	Médecine légale.	RICHET Fils.....	Physiologie.
ECALLE.....	Obstétrique.	ROUVIÈRE.....	Anatomie.
FISSINGER.....	Pathologie médicale.	STROHL.....	Physique médicale.
FOIX.....	Pathologie médicale.	TANON.....	Pathologie médicale.
FARNIER.....	Pathologie expériment.	TIFFENEAU.....	Pharmacologie et ma- tière médicale.
FARVIER.....	Pathologie médicale.	VAUDESCAL.....	Obstétrique.
FEITZ-BOYER...	Urologie.	VERNE.....	Histologie.
FOVELACQUE...	Anatomie.	VILLARET.....	Pathologie médicale.
FOYEUX.....	Parasitologie.	WELTER.....	Ophthalmologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
AMUS.....	Physiologie.	RETTERRER.....	Histologie.
BOUGEROT.....	Pathologie médicale.	ROUSSY.....	Anatomie pathologique.
CHÉNIOT.....	Obstétrique.		

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE...	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.	PROUST.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE...	Clinique médicale.	RATHERY.....	Clinique médicale.
LEREBoullet..	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ.....	Clinique chirurgicale.
LÉRJ.....	Clinique médicale.	TERRIEN.....	Clinique ophtalmologie.
LÉPER.....	Clinique médicale.		

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé...	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
N... ..	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

A MON PERE

A MES SOEURS ET FRERES

MEIS ET AMICIS

A TOUS MES MAITRES
des Facultés de Paris et de Bucarest.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR MILIAN,
Chevalier de la Légion d'Honneur;
Médecin des Hôpitaux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANSELME

Officier de la Légion d'Honneur ;

Membre de l'Académie de Médecine.

Qui nous a fait l'honneur de bien vouloir
présider notre thèse.

INTRODUCTION

Le sujet de notre travail a été en entier inspiré par notre maître M. Milian, qui, de plus, nous a guidé dans son exécution jusqu'à la dernière minute.

Cette thèse n'a pas la prétention d'enrichir la question des « herpès récidivants » de notions nouvelles. Elle ne constitue qu'une sorte de revue générale sur une question, dont les éléments sont, croyons-nous, trop épars dans différents traités et quelques observations.

HERPES RECIDIVANT

En étudiant l'étiologie de l'herpès, on s'aperçoit que, depuis longtemps, des travaux ont été faits à ce sujet et que sa détermination a passé par plusieurs phases.

Déjà, en 1866, on trouve publié, dans l'*Union médicale*, un mémoire sur les rapports de l'herpès récidivant avec les troubles de la menstruation, mémoire fait par Bertholle, dans lequel il disait en substance : « Que toute cause qui agit assez fortement sur l'organisme, soit pour déranger une de ses fonctions, soit pour y apporter un trouble général bien marqué, peut devenir occasionnelle d'une éruption d'herpès à l'isthme du pharynx ou ailleurs, en provoquant une réaction fébrile, où l'effort critique dont l'herpès doit être considéré comme le signe extérieur. »

En 1871, Parrot publie dans la *Gazette hebdomadaire médicale et chirurgicale*, un mémoire où il insiste sur ce fait que le système nerveux joue un rôle prépondérant dans l'étiologie de l'herpès récidivant.

En 1876, Bertholle publie dans la *Gazette des Hôpitaux* une observation d'herpès récidivant à propos de laquelle il insiste de nouveau sur son origine nerveuse, en montrant les rapports entre les accidents névral-

giques et la migraine d'un côté, l'herpès récidivant de l'autre. De plus, les causes occasionnelles en agissant sur le système nerveux le perturbent. Il veut établir ainsi ses relations avec le zona.

En 1889, nous trouvons dans les *Annales de Dermatologie* un cas, publié par Halopeau, d'herpès récidivant des doigts de la main, à propos duquel il insiste à nouveau sur son origine nerveuse, en disant que c'est le résultat d'un trouble trophoneurotique.

Déjà, en 1886, Epstein remarque la relation qui existait entre la syphilis et l'herpès récidivant, car dans un cas d'un chancre induré du pouce, après la guérison de l'accident primitif, apparurent à plusieurs époques des plaques d'herpès récidivant.

Plus tard, Fournier a décrit chez les syphilitiques un herpès récidivant buccal, qui se reproduisait pendant les premières années de la maladie.

Thibierge, en 1890, dans *Mercure médical*, à propos d'un cas d'herpès récidivant, essaie d'en établir la différenciation d'avec le zona, au point de vue cicatrices, récurrence, etc., mais lui conserve toujours son étiologie classique nerveuse.

De même, Diday et Doyon considéraient, à cette époque, que l'herpès récidivant devait être rapproché du zona.

Unna, le professeur de Hambourg, aussi considérait l'herpès récidivant génital comme un phénomène nerveux, dû à la compression des nerfs dorsaux de la verge pendant le coït.

En 1899, Rendu présentait un cas à la Société médi-

cale des Hôpitaux, dans lequel il voulait montrer le rôle des intoxications dans l'herpès récidivant.

A la même époque, on commençait à parler des épidémies des herpès récidivants et de ses relations avec les infections et les maladies parasitaires.

On parle de l'inoculabilité de l'herpès récidivant, d'un parasite de l'herpès. Certains auteurs ont trouvé des microbes qui ont été considérés comme les agents de l'herpès récidivant comme Wasiliewsky, Pfeifer, etc. Mais rien n'est démontré d'une manière précise.

Darier croyait que beaucoup d'herpès récidivant du nez et des lèvres sont causés par une irritation chronique des cavités voisines et qu'ils sont de nature nerveuse.

On a encore invoqué comme responsables de l'herpès les diverses maladies vénériennes, syphilis, chancre mou et blennorrhagie.

En 1901, W. Dubreuilh et F. Dorso publient un groupe de cinq cas d'herpès récidivant situés dans différentes parties du corps, comme à la face, aux fesses et aux doigts.

Avec ces observations, ils essayent d'établir des variétés cliniques différentes, non seulement par le siège de l'éruption, mais par les phénomènes qui les accompagnent et par la marche générale de la maladie.

Mais l'étiologie restait encore bien obscure.

Différentes causes lui sont attribuées suivant les circonstances de son apparition.

On a cherché à grouper les variétés les plus importantes de ces herpès récidivants, pour pouvoir chercher

mieux la cause provocatrice, par exemple; l'herpès cataménial, herpès récidivant des organes génitaux chez l'homme, herpès récidivant buccal des syphilitiques.

Mais en dehors de ces trois groupes il existait l'herpès récidivant essentiel chez l'homme, et surtout chez la femme, qui se reproduisait à des intervalles éminemment variables, réguliers ou irréguliers, brusquement, sans que le malade puisse reconnaître l'influence occasionnelle provocatrice.

On invoquait comme pour l'herpès cataménial l'influence des différentes irritations locales ou d'infections localisées, différentes modifications physiologiques de l'organisme, différentes causes comme la fatigue, l'émotion, les excitations sexuelles.

Les travaux apparus après la guerre ont pu démontrer la nature microbienne de l'herpès récidivant, en détruisant complètement l'ancienne étiologie, qui voulait prouver sa nature nerveuse.

En 1921, MM. Flandin et Frank ont voulu résoudre la question, en faisant des inoculations au lapin, avec le contenu de la vésicule d'un herpès récidivant de la verge, et ont obtenu une kératite expérimentale avec des phénomènes d'encéphalite.

Les travaux de MM. Milian et Perin, faits en 1922, ont démontré d'une manière précise la nature infectieuse de l'herpès récidivant, par différentes inoculations au lapin.

De même que dans l'herpès banal, ils ont déterminé sur le lapin, avec le contenu d'une vésicule d'herpès récidivant, en l'inoculant sur la cornée, des kératites,

et qui guérissaient en quelques jours, sans produire cette fois-ci des phénomènes secondaires d'encéphalite.

Ils en conclurent qu'il s'agissait d'une infection à virulence atténuée.

En 1923, dans le *Bulletin de la Société française de dermatologie et syphiligraphie*, M. Milian nous rapporte un cas d'herpès récidivant de la fesse, dans lequel il nous prouve définitivement, par de nouvelles inoculations au lapin, son identité avec l'herpès vulgaire, en provoquant avec la sérosité de l'herpès récidivant une kératite suivie d'encéphalite. Aucun doute ne restait sur la nature infectieuse de l'herpès récidivant. En même temps il nous montre que le virus de l'herpès récidivant est capable de sommeiller dans la peau, pendant des semaines, des mois, et même des années, et que sa virulence s'exalte sous l'influence de divers facteurs, comme par exemple au cours des diverses thérapeutiques, des injections d'arsénobenzol, et que les poussées d'herpès récidivant sont comparables aux poussées de furoncles, aux érythèmes infectieux du neuvième jour, au paludisme, etc., et c'est là un phénomène d'ordre général, que l'auteur a désigné sous le nom de « biotropisme chimique » (Milian, Paris-Méd., 1920, p. 9) et qui joue un rôle considérable dans la production des phénomènes dits « d'idionsincrasie », sans rien à voir avec une intolérance médicamenteuse.

Dans la même observation, l'auteur nous montre encore que l'herpès récidivant ne se reproduit jamais au même endroit, au moins à intervalle rapproché. Ce

fait on le retrouve encore, dans une observation publiée par Dubreuilh, en 1900, avec beaucoup de précision. M. Milian nous montre qu'il existe une sorte d'immunité locale régionale acquise, au moins pour un temps déterminé.

L'auteur considère aussi la syphilis comme cause provocatrice et prédisposante dans la récurrence de l'herpès.

Chez presque tous les malades qu'il a observés et qui faisaient des poussées d'herpès, l'auteur trouvait constamment une syphilis acquise ou héréditaire.

En même temps, il constate que les phénomènes nerveux qui accompagnent l'herpès récidivant sont secondaires aux poussées, et non primitifs, comme le voulait la tendance classique.

Dans la même année, au mois de novembre, Dubreuilh et Sainte-Marie publiaient dans le *Bulletin de la Société de dermatologie et syphiligraphie* un cas d'herpès récidivant de la joue, ainsi que des expériences faites sur le lapin par des inoculations. Ils concluent aussi à la nature infectieuse de l'herpès récidivant. De même ils déclarent que le virus pathogène déterminé chez les animaux inoculés une maladie, évoluant dans les mêmes conditions que ce qui a été observé dans les diverses variétés d'herpès humain. De plus, les lésions cérébrales constatées histologiquement prouvent chez eux l'existence d'une encéphalite d'origine herpétique.

DEFINITION ET SYMPTOMATOLOGIE

On donne le nom d'herpès récidivant à des « lésions qui se reproduisent non pas accidentellement en un point quelconque, mais avec une certaine périodicité et sur un territoire à peu près fixe. » (Darier).

Ces lésions, d'après Fourmier, constituent une dermatose aiguë, vésiculeuse, se reproduisant en bouquet sur une région circonscrite et évoluant d'une façon cyclique rapide et bénigne.

La symptomatologie de l'herpès récidivant ne peut pas être décrite d'une façon générale, car son allure clinique est plus ou moins variable suivant sa localisation et suivant les sujets. Chez certains individus, l'herpès récidivant apparaît brusquement sans symptômes prémonitoires appréciables, tandis que chez d'autres différents symptômes importants précèdent l'apparition à la surface de la peau ou de la muqueuse de la lésion. En même temps, l'évolution de la lésion ne suit pas la même règle, car chez les uns on peut voir quelques heures après l'apparition de la plaque érythémateuse apparaître de petites papules, qui dans un très court intervalle donneront naissance aux vésicules caractéristiques, tandis que chez les autres nous n'as-

sistons que 24 à 36 heures après la plaque érythémateuse, à l'apparition des vésicules. Enfin, la localisation de l'herpès récidivant ne nous permettra pas de faire une description générale, car chaque région confère à l'herpès, pour ainsi dire, une symptomatologie presque différente.

Donc, nous nous proposerons de faire une description dans laquelle nous allons reproduire la symptomatologie de l'herpès récidivant de chaque région principale à part pour pouvoir à la fin en dégager les éléments communs qui les rangent dans la même classe.

L'herpès récidivant de la face débute en général dans le jeune âge. La santé des malades est parfaite. Parfois, brusquement, en général la nuit, on voit apparaître une tache érythémateuse de la grandeur d'une pièce de deux francs, sans qu'aucun symptôme important l'annonce.

Mais la maladie peut ne pas avoir un début aussi brusque; elle peut être précédée un jour ou deux à l'avance par différents symptômes locaux importants, sensation de chaleur, démangeaisons au point où elle doit apparaître. Même des phénomènes nerveux plus ou moins marqués, migraines, névralgies peuvent marquer le commencement de la maladie et accompagner tout son cours.

La tache érythémateuse s'œdématie un peu, une chaleur locale s'y développe, elle devient le siège d'un prurit, puis la plaque se crible de petites vésicules miliaires en moins de 24 heures.

D'autres fois, l'évolution se fait plus vite, car après une nuit de sommeil normal il se réveille le matin avec une plaque semée de petites vésicules, sans qu'aucune cause occasionnelle, au moins connue du malade, puisse justifier la poussée éruptive.

Les vésicules à leur apparition sont claires, tendues et remplies d'un liquide incolore qui devient louche les jours suivants. Au bout de quelque temps, elles se dessèchent, et après huit ou dix jours, les croûtes tombent en laissant parfois des cicatrices.

Les ganglions de la région peuvent être tuméfiés et même douloureux pendant les poussées.

Pendant tout le temps que la poussée dure, le malade reste en bon état général. Pas de fièvre, ni au début, ni pendant.

Les poussées se reproduisent tous les 6, 15, 20 jours ou même à des intervalles plus longs, 2, 3, 6 mois, mais jamais ou presque jamais, au siège d'une poussée antérieure. En même temps, on peut remarquer que les poussées d'herpès récidivant, chez un même individu, peuvent présenter des degrés variables au point de vue de leur ténacité. On voit que la première poussée était plus douloureuse que la seconde ou inversement.

L'herpès récidivant de la fesse paraît être plus fréquent chez les adultes, bien qu'on le retrouve aussi dans le jeune âge. Chez la plupart, on voit apparaître la première poussée entre 20 et 30 ans.

Son apparition est précédée ou accompagnée plus souvent que l'herpès de la face, d'une série de mani-

festations morbides rentrant dans la catégorie des maladies de la nutrition, bien qu'on connaisse des malades chez qui on a vu apparaître l'herpès récidivant sans qu'aucune douleur ni symptôme général l'ait précédé (Cas de M. Milian, *Bull. dermat. et syph.*, 1923).

Il apparaît en général chez des névropathes, des migraineux, dans le passé desquels on trouve de l'herpès récidivant buccal ou génital.

L'éruption survient généralement sans cause comme sans douleur, sans symptômes généraux; elle est précédée d'un léger prurit. Aucune différence de température n'existe entre les deux régions symétriques, aucun trouble de la sensibilité objective.

Mais souvent l'éruption est précédée d'une attaque de migraine, de névralgies siégeant sur le territoire du sciatique au point qui sera le siège de l'éruption.

Elle se produit la nuit ou à des moments variables, en une seule fois ou par poussées successives. Les poussées herpétiques s'accompagnent parfois d'adénopathie douloureuse dans le pli de l'aîne correspondant.

L'éruption une fois apparue, son évolution est banale. La lésion guérira en une ou deux semaines et laissera assez souvent quelques cicatrices superficielles.

Le siège habituel de l'éruption est la fesse de l'un ou l'autre côté, mais elle peut également occuper des régions voisines, telles que la partie postérieure de la cuisse ou la partie interne de la fesse, près de la marge de l'anus.

Dans l'herpès récidivant de la fesse on trouvera la

même caractéristique que dans tous les herpès récidivant, car une poussée n'apparaîtra presque jamais sur les cicatrices d'une poussée antérieure, mais à côté d'elles.

L'herpès récidivant génital de l'homme constitue une des variétés les plus importantes de l'herpès récidivant. Il est précédé en général de quelques malaises douloureux, de quelques agacements localisés qui se produisent au point où l'éruption doit apparaître ; mais quelques herpès génitaux récidivants n'ont pas un commencement si tranquille ; au contraire, ils s'accompagnent de phénomènes douloureux, à ce point intenses que certains auteurs comme Mauriac, les ont appelés herpès névralgiques. Des névralgies, des douleurs étendues, violentes, intolérables, occupant la totalité de la verge ou du fourreau, le périnée ou l'anus, la partie supérieure des cuisses et les lombes, précèdent l'herpès. Ces douleurs persistent même pendant l'évolution de l'herpès.

L'herpès génital de l'homme peut apparaître sur le prépuce, dans le sillon balanq-préputial ou sur le gland.

Sur le prépuce l'herpès est nettement caractérisé à ses différentes périodes et d'un diagnostic facile. Il suit la marche habituelle, passant par toutes les périodes congestives ou érythémateuses, vésiculeuses, croûteuses et terminales.

Sur la muqueuse du prépuce et du gland l'herpès présente des caractères moins nets que sur le fourreau.

L'évolution des premières phases est rapide; la durée des vésicules est éphémère et leur rupture suit de près leur apparition. L'érosion qui succède à la rupture des vésicules est sans profondeur et elle atteint rarement le derme. Quand les vésicules sont isolées, l'érosion qui leur succède est de forme nettement arrondie d'un ou deux millimètres de diamètre; si les vésicules étaient confluentes et réunies par groupes, l'étendue de l'érosion est variable et sa forme est irrégulière. Son contour est à la fois polycyclique et microcyclique.

Parfois une ligne d'un rouge vif borde l'ulcération. Le fond de l'ulcération est lisse et sa couleur rouge jaune. Une membrane diphthéroïde la recouvre souvent. La surface malade repose sur un tissu mou, souple, un peu œdémateux, sans présenter un durcissement comme le chancre spécifique, ne suppure pas, mais laisse suinter une sérosité claire, transparente et aqueuse.

L'éruption dure à peu près une semaine. La guérison se fait par cicatrisation qui peut arriver plus ou moins vite.

Les ganglions de l'aîne, en général, sont respectés par l'herpès. Ils peuvent cependant être pris, se tuméfier, devenir douloureux, et bientôt revenir à leur état normal.

L'herpès génital récidivant de l'homme se reproduit presque tous les mois ou deux mois, mais gardent la caractéristique habituelle de ne pas se reproduire deux fois au même endroit.

A mesure que le sujet vieillit, les poussées se font

de plus en plus rares, de moins en moins importantes et finissent par ne plus se reproduire à un moment donné. Mais quelquefois l'affection peut se prolonger indéfiniment.

L'herpès génital récidivant de l'homme n'est pas une affection grave, elle ne touche en rien la santé générale, mais il touche parfois le moral de certains malades.

L'herpès buccal récidivant, qui a été étudié par Fournier, est un herpès à récides multiples, rebelle et d'une longévité désespérante. On le retrouve très souvent sur les mêmes sujets qui sont atteints d'herpès génital récidivant, et en général chez les jeunes de sexe masculin. Son siège est sur les bords de la langue et sur les lèvres. Il se présente sous l'aspect d'une tache grisâtre, opaline, de la dimension d'une épingle ou d'une lentille. Au début elle est recouverte d'un enduit blanchâtre, puis elle se desquame et laisse le derme à nu. La lésion est bordée par une mince collerette épidermique et elle est nettement arrondie.

L'éruption herpétique est en général précédée des phénomènes douloureux qui sont habituels à l'herpès, chaleur locale et élancements. Les mêmes phénomènes accompagnent l'éruption qui guérit facilement, mais les éruptions se répètent à intervalles plus ou moins rapprochés, pendant un grand nombre d'années.

L'herpès cataménial rentre aussi dans le groupe des

herpès récidivants. Il occupe une place importante parmi les herpès à répétitions pénibles.

Chez les femmes herpétogènes, chaque époque menstruelle amène la production d'une poussée herpétique, qui se fait le plus souvent au pourtour de la bouche, au niveau des lèvres, à la vulve, à la région lombaire, à la fesse, au cou, aux grandes lèvres, au niveau des seins, etc...

L'herpès cataménial suit absolument la même évolution que l'herpès récidivant décrit ailleurs.

DIAGNOSTIC

Diagnostic. — Le diagnostic de l'herpès récidivant est devenu plus facile aujourd'hui, car en plus des moyens cliniques, nous possédons les moyens de laboratoire, qui nous aident à faire un diagnostic précis et certain.

Pour tous les herpès récidivants, qui se développent sur la peau, comme par exemple sur la fesse, sur la face, etc., le diagnostic est très facile, avec les seuls moyens cliniques; car la lésion est tellement typique par sa forme et par ses récives que les moyens de laboratoire n'interviennent que pour confirmer notre diagnostic.

Il est en effet quelques maladies à propos desquelles on pourrait discuter le diagnostic d'herpès récidivant.

En face d'une poussée on pourra se demander s'il ne s'agit pas d'un placard d'eczéma unique. Mais ce dernier présente une forme moins nettement déterminée, des vésicules plus petites et plus nombreuses, des régions de prédilection différentes; les vésicules de durée extrêmement courte font rapidement place à une surface desquamée et suintante à contours mal définis.

La croûte de l'eczéma est moins foncée et moins épaisse que celle de l'herpès. La durée de l'eczéma est toujours de plus longue durée.

On pourra confondre l'herpès récidivant, avec un placard d'impétigo, mais le contour de l'impétigo est moins régulier, les vésico-pustules sont plus petites que les vésicules d'herpès; la croûte est jaune mélicérique. De plus, il est rare de trouver dans l'impétigo un seul placard isolé et rare qu'il n'existe, en dehors du placard, des vésico-pustules caractéristiques.

L'hydroa, affection qui se développe comme l'herpès, au pourtour de la bouche, commence par une bulle, comme lésion primitive, et non par une vésicule comme l'herpès récidivant.

Le zona est une maladie qui est formée d'un placard érythémateux semé des vésicules comme l'herpès; mais les antécédents de douleurs et de névralgies, le groupement plus serré des vésicules, le plus grand nombre des plaques, et surtout leur limitation absolue rigoureuse à un côté du corps et sur des territoires circonscrits sur le trajet des nerfs, la non récidence, distinguent le zona de l'herpès récidivant.

De plus, les érythèmes dus à l'antypirine méritent d'être distingués de l'herpès récidivant. Ils ont ce caractère de récidiver au même point, avec le même aspect, après avoir été précédés de névralgies ou de migraines qui ont provoqué l'usage de l'antypirine. L'érythème est beaucoup plus infiltré, plus douloureux et laisse à sa place une pigmentation intense et persistante.

En plus, les inoculations faites dans la cornée du lapin, avec la sérosité des vésicules, nous donnera toujours la lésion caractéristique, la kératite avec des phénomènes secondaires d'encéphalite plus ou moins intense, s'il s'agit d'herpès récidivant.

Plus difficile sera le diagnostic clinique des herpès récidivants des organes génitaux.

Quand il siègera sur la peau du fourreau, le diagnostic sera encore facile, car sa physionomie sera la même qu'ailleurs.

Mais il ne sera pas aussi facile, quand l'éruption apparaîtra sur la muqueuse du gland ou dans le sillon balano-préputial. La lésion qui restera après la rupture de la vésicule pourra être confondue avec un chancre mou, mais la distinction se fera par l'absence du décollement et d'irrégularité des bords, par l'absence de la suppuration et par sa non auto-inoculabilité et l'impossibilité de trouver le bacille de Ducrey.

La physionomie d'une plaque d'herpès récidivant pourra être changée encore par certains traitements faits avec divers caustiques, qui donneront un aspect induré de la lésion. On éliminera le chancre induré : d'abord en laissant la lésion pendant 48 heures sans rien faire comme traitement, et puis on fera un examen au microscope pour chercher le tréponème.

Encore ici, l'inoculabilité au lapin, nous donnera le diagnostic le plus précis.

PATHOGENIE ET ETIOLOGIE

La pathogénie de l'herpès récidivant s'éclaire à la lumière d'expériences récentes.

D'abord la cause directe de l'herpès récidivant comme celle des herpès vulgaires est le virus, qui se trouve dans les vésicules d'un placard d'herpès. L'unité du virus a été prouvée par de nombreux auteurs grâce à différentes inoculations faites au lapin, qui ont déterminé des kératites et des phénomènes secondaires d'encéphalites et par de nombreuses inoculations faites à l'homme, ainsi que des auto-inoculations. D'abord faites par Vidal, Evans, Donand, plus tard Eipschütz a fait trente et une expériences en obtenant 6 fois des vésicules de réinoculations incontestables et contenant le virus. De plus, MM. Teissier, Gastinel et Reilly ont repris cette question et obtenu des auto-inoculations et hétéro-inoculations positives et légitimées par la mise en évidence dans ces lésions d'un virus kiratogène pour le lapin.

Il s'agit d'un virus filtrant, car les frottis, et même les coupes de cornées de lapin atteints de kératite herpétique, ne renferment jamais de microbes.

Les cultures mêmes de ces cornées restent stériles.

On a démontré de même la double affinité épithélio-trope et neurotrope du virus herpétique et qui se conserve même après la filtration.

Donc, d'après ces constatations, l'idée de l'herpès récidivant comme maladie générale infectieuse n'est plus à discuter.

L'immunité herpétique n'a pas été prouvée chez l'homme, car on peut se rendre compte par l'herpès récidivant, que seulement une immunité locale et de courte durée est possible, preuve faite par l'étude d'une plaque d'herpès récidivant, qui ne se reproduit pas tout à fait sur les anciennes cicatrices, mais à côté.

Donc, l'unité de l'herpès est évidente ; un même virus produit tous les herpès, seulement le virus est variable dans son pouvoir pathogène. Son mode d'action n'est pas toujours le même.

Les causes indirectes qui peuvent reproduire, ou mieux dire exalter le virus, qui peut sommeiller dans la peau, chez certains individus, sont nombreuses.

Différentes irritations locales ou générales peuvent le faire réapparaître.

Les irritations sexuelles, le coït, la masturbation peuvent faire apparaître une poussée d'herpès récidivant.

Différentes modifications physiologiques de l'organisme, comme la menstruation, peuvent en être la cause.

Certaines thérapeutiques, des injections d'arsénobenzol en particulier, peuvent réveiller le microbisme latent de l'herpès récidivant, phénomène d'ordre

général, que M. Milian a appelé « biotropisme chimique », analogue aux poussées de furoncles pendant les injections de novarsénobenzol.

Encore le terrain syphilitique joue-t-il un rôle très important comme cause prédisposante de l'herpès récidivant, dans la fréquence des poussées. M. Milian, par ces observations, nous démontre que chez un individu atteint d'herpès récidivant, l'acquisition d'une syphilis détermine une plus grande fréquence des poussées.

Notons comme chose très intéressante les travaux faits, dans ces derniers temps, au sujet du virus encéphalitique et du virus herpétique. Les expériences faites ont prouvé une parenté très proche entre ces deux virus.

Certains auteurs ont même affirmé l'analogie de ces virus, le premier ayant un pouvoir neurotrope, le second un pouvoir épithéliotrope.

TRAITEMENT

Traitement. L'herpès récidivant demande en premier lieu de mettre le malade dans des conditions absolues de bonne hygiène.

On a essayé d'appliquer sur les régions comme les lèvres, les fesses, les doigts, des pansements antiseptiques, de faire des lotions quotidiennes sur les régions intéressées, dans l'intervalle des poussées, des frictions avec de l'eau-de-vie camphrée ou même de l'alcool camphré.

Ravault conseille une médication désensibilisante, comme l'hyposulfite de soude, à la dose de 4 à 6 grammes par jour, donné six jours avant la poussée si on peut la prévoir; donné les trois premiers jours de chaque semaine, pendant un mois ou deux, si les poussées sont irrégulières.

L'auto-sérothérapie a été préconisée par A. Frank.

On peut recourir aussi, soit à l'auto-hémothérapie, soit à la peptone, 0 gr. 50 avant chaque repas, en la prescrivant de la même façon que l'hyposulfite de Na.

Mais le traitement le plus efficace est encore la *radiothérapie* qui a été préconisée par Darier, qui partisan à cette époque de la nature nerveuse de l'herpès

récidivant, recommandait d'appliquer les rayons à l'émergence médullaire des nerfs correspondants. Milian, au contraire, conseille de faire les applications des rayons au foyer même de l'herpès, quitte à remonter plus haut si l'éruption s'accompagne de phénomènes douloureux de névrite ascendante. La radiothérapie permet dans nombre de cas d'éloigner les récives, voire même de les guérir radicalement.

Les bains d'eau chaude biquotidiennes et les badiageonnages par la teinture d'iode dilué dans l'alcool des régions atteintes des poussées herpétiques, faits suivant la tolérance des téguments, ont donné des résultats très satisfaisants.

En 1921, dans le *Bulletin de la Société médicale et biologique de Montpellier*, Corone publie des cas de herpès récidivants génitaux, qu'il a traités par l'aspirine avec de bons résultats.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

1897. *H. Gillet*. Herpès récidivant facial annuel chez l'enfant.

Garçon de 8 ans et demi, ayant eu tous les hivers, depuis l'âge de 15 mois, une légère bronchite suivie d'une éruption herpétique occupant la face, les joues, le menton, le lobule de l'oreille. En octobre 1895, on constate, sur la pommette gauche, une plaque d'herpès irrégulièrement arrondie, de deux centimètres de diamètre, et sur la pommette droite une plaque irrégulièrement arrondie, avec prolongement triangulaire tourné vers l'angle interne de l'œil. En février 1896, quatre placards herpétiques, occupant la pommette droite, les points mentonniers droit et gauche, le bord inférieur du maxillaire inférieur gauche.

L'auteur rejette le diagnostic d'herpès symptomatique, en raison de l'inconstance et du peu d'intensité de la bronchite et de la fièvre qui ont accompagné parfois l'éruption, et conclut qu'il s'agit d'une affection d'origine thophoneurotique.

OBSERVATION II

1900. *M. W. Dubreuilh*. — Herpès récidivant de la face.

Gabrielle F... est une jeune fille de 15 ans, robuste, bien

portante et n'ayant jamais présenté de troubles nerveux d'aucune sorte. Ses parents sont bien portants et ne présentent aucune tare nerveuse. Deux enfants plus âgés et un plus jeune qui ne présentent aucun trouble de la santé générale ni aucune éruption analogue.

Depuis l'âge de 5 ans jusqu'à l'année dernière, il est survenu tous les ans, vers le printemps et toujours au même endroit, une petite bulle qui disparaissant en quelques jours ; il en est résulté en ce point une cicatrice grande comme un haricot sur la partie moyenne du bord de la mâchoire inférieure.

Depuis un an, l'éruption se montre tous les mois, ou même plus souvent, sans que son apparition soit en rapport avec la menstruation ; elle s'est aussi montrée quelquefois en un autre endroit, le côté droit du menton, juste au-dessous du bord de la mâchoire.

La première fois que la malade se présente, le 9 février 1900, l'éruption date de deux jours ; par son mode d'apparition et son aspect, elle est identique à toutes celles qui l'ont précédée.

Elle est survenue comme d'habitude, la nuit, sans cause occasionnelle appréciable, sans être annoncée par aucun symptôme prémonitoire. Voici comment les choses se passent habituellement : le matin, au réveil, la malade s'aperçoit d'un petit bouton rouge entouré d'une zone érythémateuse, et accompagné d'une sensation de cuisson. Pendant la journée, il se développe une bulle, qui se rompt vers le second jour ; l'érythème et la douleur disparaissent, la croûte tombe au bout de quatre ou cinq jours en laissant une cicatrice.

Actuellement, on trouve à la partie inférieure de la joue gauche un petit groupe de trois bulles ayant chacune de 5 à 10 millimètres de large, rondes, peu tendues, ce qui tient à ce qu'elles se sont rompues la nuit dernière, contenant un liquide clair. La croûte des bulles est formée d'une couche

cornée épaisse et infiltrée de sérosité ; leur plancher est blanchâtre, tomenteux et comme macéré. Il n'y a pas d'infiltration sous les bulles, pas de liséré érythémateux à leur pourtour, pas de douleur, pas de trouble de la sensibilité dans leur voisinage immédiat. Ce groupe de bulles siège, paraît-il, sur la cicatrice d'éruptions antérieures.

Au-dessous de ce groupe, on trouve une cicatrice d'un centimètre sur deux, très superficielle, mais très nettement délimitée, légèrement déprimée, et parfaitement souple. Cette cicatrice indique le siège des premières éruptions. Un peu plus en arrière, se trouve un groupe de 7 ou 8 cicatrices de 3 à 4 millimètres, très superficielles, apparaissant seulement comme de petites dépressions bien limitées.

Sous le côté droit du menton, juste au-dessous du bord inférieur du maxillaire, est une cicatrice superficielle et légèrement déprimée de 1 centimètre sur 2 environ, irrégulièrement festonnée, causée par une seule poussée, celle du mois dernier.

La jeune malade est bien réglée, on ne découvre aucun symptôme d'hystérie, aucun trouble de la sensibilité.

Traitement : V gouttes d'élixir parégorique matin et soir.

12 février : Les bulles sont affaissées, remplacées par une croûte jaunâtre, mince et souple.

Le 16, les bulles ont fait place à des petites taches lenticulaires érythémateuses, sans saillie et de sensibilité normale.

Le 2, nouvelle poussée éruptive ; le matin, en se réveillant, elle s'est aperçue d'un petit bouton sur le pouce gauche ; il a depuis lors un peu grandi et actuellement, vers dix heures du matin, on trouve sur le pouce gauche, à un centimètre et demi au-dessus de la lésion précédente, un petit grand comme une lentille de vésicules miliaires, cohérentes, très dures au toucher, contenant un liquide clair, sans infiltration sous-jacente, entouré d'une zone érythémateuse assez

large ; pas de démangeaison, ni de douleurs ; sensibilité normale, pas d'adénopathie.

Cette éruption est de tout point semblable à celles qui l'ont précédée. La malade affirme n'avoir fait usage d'aucun médicament interne ou externe.

L'examen du liquide des bulles montre quelques leucocyte avec un plus petit nombre encore de lymphocytes et de cellules éosinophiles.

7 mars. Les lésions de la joue gauche sont guéries depuis 3 ou 4 jours et sont représentées par une petite tache rouge, irrégulière et un peu saillante. Depuis la nuit dernière, un nouveau groupe de lésions est apparu sous le côté droit du menton, à quelques millimètres au-dessus et en dehors de la cicatrice ancienne. Ce groupe est grand comme une lentille et formé de petites vésicules miliaires confluentes. Elles sont entourées d'une auréole érythémateuse et contiennent un liquide louche.

Traitement : continuer l'élixir parégorique, cacodylate de soude 0,06 par jour.

2 avril. Récidive depuis hier sur la joue gauche, à l'endroit même de la première poussée observée. On voit deux petites bulles irrégulières, grosses comme une lentille, constituées par la confluence d'éléments plus petits. Depuis deux ou trois jours, avant l'éruption, la malade a éprouvé quelques élancements dans le point où elle s'est montrée.

Le 18. La malade revient avec une nouvelle poussée. Elle s'est montrée le 15 au matin sous forme d'un groupe de vésicules au milieu de la joue gauche, juste au-dessus des éruptions antérieures. Quelques heures plus tard, vers midi du même jour, un deuxième groupe est apparu deux centimètres plus bas. Ces deux groupes sont formés actuellement à peu près desséchés. Elles reposent sur une base souple sans rougeur ni infiltration.

OBSERVATION III

1901. *M. W. Dubreuilh.* Herpès récidivant de la face.

Mlle X... est une fillette de onze ans, bien développée, quoique plutôt petite, et qui n'a jamais été malade. Sa santé générale est parfaite et toutes les grandes fonctions sont régulières.

L'affection actuelle s'est montrée pour la première fois à l'âge de quatre ans et, depuis lors, les récives se sont succédé à des intervalles variant de un à six mois ; une fois elle est restée huit mois sans poussée, et la dernière remonte à quatre mois. Toutes les poussées se sont produites de la même façon et au même point, précédées par les démangeaisons et se faisant généralement la nuit. La poussée actuelle est semblable à toutes les autres, sauf qu'elle s'est faite en deux fois.

8 janvier 1901. Quand elle vient se présenter, elle raconte qu'il y a deux jours, dimanche matin, elle a eu une petite poussée constituée par un groupe de vésicules situé au voisinage de la commissure buccale gauche, large de un centimètre ; ce groupe est actuellement desséché et formé de croûtes jaunâtres, tout à fait semblable à un groupe d'herpès fébrile en voie de guérison.

Hier, lundi, elle a éprouvé un peu de démangeaison sur la joue gauche, sans du reste éprouver aucun malaise ou aucun dérangement de sa santé générale, son appétit ou ses fonctions digestives ; la nuit s'est passée comme d'habitude et le sommeil a été normal ; le matin, au réveil, l'éruption était faite.

On trouve, au milieu de la joue gauche, un groupe de vésicules mesurant trois centimètres sur deux, bien limité, de forme irrégulière. Il est formé de vésicules de la grosseur d'un grain de mil, égales, cohérentes, rarement confluentes, blanchâtres, dures, fermes au toucher, contenant

un liquide clair ; l'une d'elles a commencé à se dessécher en une croûte jaune ambrée épaisse et inégale. L'ensemble de la plaque présente à la palpation un léger épaississement cedémateux mou, la peau qui sépare les vésicules et qui entoure immédiatement le groupe, présente une teinte rosée, à peine plus marquée que la peau saine du voisinage.

L'éruption est tout à fait indolente. Au dire du père, l'éruption, une fois faite, ne se modifie pas, ne s'agrandit pas, mais au bout de vingt-quatre heures commence à se dessécher et guérit en 3 ou 4 jours, sans laisser de traces. On ne voit pas de cicatrices dans le voisinage. Il n'y a aucun trouble de la santé générale, aucune circonstance extérieure ne peut être invoquée comme cause occasionnelle de l'éruption.

Toutes les éruptions se sont produites de la même façon et ont évolué de même.

Traitement : 1 gramme d'analgésine quand la malade éprouve la démangeaison prodromique ; iodure et bromure de sodium, de chaque 0 gr. 50 pendant une quinzaine de chaque mois.

OBSERVATION IV

1901. Dubreuilh. — Herpès récidivant de la face.

Emile L... est un petit garçon de 5 ans. Le père et la mère jouissent d'une parfaite santé. L'enfant eu la diphtérie il y a 3 ans et a été traité par le sérum. D'un tempérament strumeux, il est atteint actuellement d'une légère blépharite.

Depuis l'âge de deux ans (aussitôt après la diphtérie), il est apparu, à intervalles, variant de huit jours à six mois, une série d'éruptions au niveau de la joue droite, éruptions siégeant seulement en deux endroits bien limités, où elles ont laissé deux cicatrices rosées, légèrement déprimées, arrondies, larges comme une pièce de 2 francs, l'une située

à quatre ou cinq centimètres en arrière de la commissure labiale et sur la même ligne horizontale, l'autre à deux centimètres en arrière et un peu au-dessus de la première.

Chaque éruption débute la nuit, sans cause apparente. Le matin, au réveil de l'enfant, après un sommeil aussi calme qu'à l'ordinaire, on constate la présence, sur l'une des cicatrices qui a pris une coloration un peu plus foncée, d'un groupe de petits boutons rouges déterminant une légère sensation de cuisson. Ces boutons ne tardent pas à se transformer en petites vésicules blanchâtres, arrondies et saillantes, qui se rompent le lendemain ou le surlendemain en laissant échapper un peu de liquide, tantôt clair, tantôt louche. La tension et la cuisson disparaissent alors ; sur chaque ancienne vésicule, une petite croûte se forme qui tombe bientôt et tout rentre dans l'ordre jusqu'à la poussée suivante.

La dernière éruption date de six mois.

14 mai 1901. — Il y a deux jours, l'enfant a ressenti le soir, sans cause connue, une légère démangeaison au niveau de la cicatrice antérieure. Hier matin, après un sommeil tranquille, on aperçoit 5 à 6 petits boutons rougeâtres, qui, dans la même matinée, se sont transformés en vésicules arrondies, tendues ; en même temps, la cicatrice s'entourait d'une zone érythémateuse. Ce matin à dix heures, toutes les vésicules sont affaissées ; elles ont laissé échapper un peu de liquide clair. La cuisson a disparu. La sensibilité est normale sur la cicatrice. Des croûtes commencent à se former à la place de chaque vésicule.

15 mai. — Les croûtelles sont complètement formées. Notons qu'en même temps qu'apparaissait cette éruption, la blépharite de l'enfant s'accroissait et obligeait la mère à le faire traiter à la clinique ophtalmologique.

Aucun médicament n'a été essayé jusqu'à présent pour le traitement des éruptions successives.

L'enfant a été revu depuis et n'a pas encore eu de récédive.

OBSERVATION V

1886. *Epstein*. — Jeune homme de dix-sept ans, présentant depuis l'âge d'un an, et plusieurs fois par an, sur la joue gauche, des éruptions d'herpès, survenant sans cause occasionnelle. Elles sont annoncées un ou deux jours à l'avance par des névralgies dans le territoire de la 2^e branche du trijumeau gauche, et par un peu de fièvre.

L'éruption se forme la nuit, sans influencer le sommeil ; le matin, au réveil, elle est complètement formée. Chaque éruption se fait sur une étendue de 2 à 3 centimètres. Elles ont laissé, sur la joue gauche, une foule des petites cicatrices déprimées, qui s'étendent sur presque toute l'étendue de la joue gauche. Actuellement, on voit, au voisinage de la narine gauche et du côté gauche de la lèvre supérieure, un certain nombre de vésicules claires. Pas de fièvre, pas de troubles digestifs. Huit à neuf jours après, les vésicules ont disparu.

OBSERVATIONS VI

1890. *Thibierge*. — Une jeune fille de seize ans présentait depuis quelques jours une éruption herpétique sur la joue gauche, juste au-dessous de l'œil. Cette éruption ressemblant assez au premier abord à une plaque érysipélateuse, s'en distinguait en ce qu'elle était formée de petits îlots rouges, irréguliers, sur lesquels on reconnaissait, saillantes, arrondies, confluentes, des vésicules en voie de disparition. On trouvait un ganglion douloureux et gonflé sous le maxillaire inférieur gauche. L'éruption avait été précédée par du lar-

moisement de l'œil gauche et un peu de conjonctivite du même côté. Le malade avait déjà eu une éruption semblable quatre mois auparavant au même point.

OBSERVATION VII

1901. Dubreuilh. — Herpès récidivant de la fesse.

M. X..., ingénieur, habitant l'est de la France et âgé de trente ans environ, est un homme assez vigoureux, blond. Il vient consulter l'un de nous pour des poussées récidivantes à la fesse droite et aux poignets.

Antécédents héréditaires : Son grand père maternel et ses oncles maternels sont tous gouteux ou graveleux.

Antécédents personnels : migraines, depuis son enfance, qui ont autrefois été très fréquentes, jusqu'à deux par semaine, mais depuis deux ans elles le sont moins et ne surviennent guère que tous les deux mois. Il a longtemps souffert de douleurs d'estomac et a été soigné pour une dilatation d'estomac : depuis deux ans environ, il va mieux de ce côté, sans en être complètement guéri. Il est très nerveux et impressionnable, et a des alternatives de dépression et d'excitation ; dans ses périodes de dépression, il est mélancolique, abattu physiquement et moralement ; dans ses périodes d'excitation, il se sent mieux à tous les points de vue. Il a eu souvent l'herpès récidivant génital, et quelquefois des aphtes dans la bouche (herpès récidivant buccal).

Pendant longtemps il a gardé une blennorrhagie à rechutes, qui a été guérie à Bâle par le Dr Burckart, et il n'en reste plus de traces. Gale il y a un an demi, guérie par la pommade au naphтол. Actuellement, il ne prend aucun médicament.

Vie sédentaire. Pas de sable urinaire.

L'herpès récidivant de la fesse a fait son apparition il y a six ans. Depuis lors, il survient environ deux fois par

an, au printemps et en automne, et toujours exactement au même endroit.

L'éruption survient sans cause occasionnelle connue ; elle est annoncée un jour à l'avance par une douleur névralgique située à la face postérieure de la cuisse et formant une ligne de 20 centimètres de longueur environ. Il apparaît alors un groupe de vésicules sur la face postérieure de la cuisse droite, juste au-dessous du pli fessier ; ces vésicules se rompent, forment une croûte sous laquelle il se fait un peu de suppuration, et la lésion guérit en trois ou quatre semaines.

Il y a eu une poussée il y a trois semaines.

17 avril 1901. — Actuellement on trouve au-dessous du pli fessier droit une plaque rouge de 3 ou 4 centimètres transversalement sur 1 ou 2 verticalement, de forme assez irrégulière. Cette plaque est rouge foncé, enflammée, gonflée, saillante, un peu douloureuse, avec quelques dépressions correspondant à des cicatrices ; dans le voisinage se trouvent quelques croûtes brunes, rondes, de 2 à 3 millimètres, dues à des vésicules aberrantes desséchées. Sa dernière éruption date de trois semaines et la guérison est prévue pour dans une ou deux semaines.

L'éruption des poignets a fait suite à la gale et y a parfois assez ressemblé pour que Brocq, consulté trois mois après la guérison de cette gale, ait un moment cru à une rechute.

L'éruption se fait par poussées irrégulières et, à vrai dire, il se produit incessamment quelques vésicules isolées. Les poussées sont généralement précédées d'une sensation de chaleur aux poignets avec un peu de rougeur et un état particulier de la peau, que le malade qualifie de « svanneuse ou d'onctueuse ». Ensuite la poussée se fait non pas d'un seul coup mais échelonnée sur plusieurs jours, de sorte que toutes les vésicules ne sont pas contemporaines. Il apparaît des vésicules miliaires, claires, tendues, que le

malade a toujours envie de rompre, bien qu'il n'y ait pas de démangeaisons et que leur rupture n'amène aucun soulagement. Les vésicules se dessèchent en une croûte brunâtre. L'éruption ne forme pas un groupe limité, mais les éléments en sont disséminés sur toute la face palmaire du poignet, toujours plus abondants à droite qu'à gauche. Elle ne s'accompagne d'aucune démangeaison diurne ou nocturne ; elle ne saurait à ce point de vue être confondue avec la gale, que le malade connaît ; il s'est, à cette occasion, furieusement gratté.

Actuellement, on trouve aux deux poignets et surtout à droite, sur une hauteur à peu près égale à la largeur du poignet, des croûtelles brunes, rondes, de 1 à 3 millimètres de large, disséminées, les une appliquées sur une peau normale (ce sont les plus anciennes), d'autres sur une base rouge et enflammée ; aucune n'est vésiculeuse. Pas de pustule, pas de lésions de grattage, pas de desquamation.

L'éruption des poignets survient beaucoup plus souvent que celle de la fesse, mais les éruptions du poignet les plus abondantes coïncident avec les poussées de la fesse. Leur apparition n'est pas en rapport avec les migraines ni avec les périodes de dépression ou d'euphorie, ni avec les fatigues intellectuelles. La seule cause occasionnelle qu'il ait pu trouver est le changement de régime ; quand il se met en voyage, il a généralement une poussée vers le troisième jour du voyage. L'éruption paraît plus abondante en été et une des poussées a été diagnostiquée d'ydridrose par Buri, de Bâle. Aucun traitement n'a eu d'influence, et notamment l'arsenic n'a rien fait.

OBSERVATION VIII

1898. *Dubreuilh*. Herpès récidivant de la fesse.

Mme X... est une jeune femme brune de vingt-cinq ans environ, avec une hérédité arthritique des plus accusées. Son

père, qui était médecin, fut extrêmement obèse, goutteux et dyspeptique. Depuis son enfance, elle a souvent des migraines violentes accompagnées de vomissements qui se sont répétés jusqu'à 80 fois dans une même journée. Ces migraines siègent habituellement à gauche et sont généralement précédées par un scotome scintillant en enceinte fortifiée siégeant à droite et accompagné d'hémianopsie. Il n'y a pas d'autres troubles nerveux. La première poussée d'herpès a eu lieu il y a deux ans, quelques jours après son mariage. Depuis lors les attaques se sont répétées à des intervalles de un à trois mois. Elles apparaissent brusquement, sans relation avec les migraines ou la menstruation. Elles débutent par une démangeaison qui siège toujours au même point, à la partie supérieure de la fesse droite. A ce moment, on y constate une plaque dure, rouge vif, couverte de vésicules. La démangeaison persiste jusqu'à ce que les vésicules aient été rompues, puis tout guérit en cinq ou six jours. Rien ne fait prévoir la poussée, aucune circonstance connue ne paraît la provoquer. La malade ne prend pas d'antypyrinè ni aucun autre médicament.

28 décembre 1898. — Actuellement, on trouve à la partie supérieure de la fesse droite une plaque rouge, grande comme la paume de la main, couverte de croûtes, quelques-unes couvrant de petites collections purulentes dues au grattage et à une infection surajoutée. L'éruption actuelle s'est produite au même point et de la même façon que toutes les autres ; elle est cependant un peu plus grande et les croûtes ont duré un peu plus longtemps que d'habitude.

OBSERVATION IX

1895. *Feulard*. — Herpès récidivant de la fesse.

Jeune garçon de treize ans, présentant, sur la fesse droite, un groupe d'herpès géant, formé de vésicules grosses comme une lentille.

La plaque est grande comme la main et occupe la moitié interne de la fesse.

Ganglion douloureux dans l'aîne droite.

Début il y a quatre jours par du malaise, du mal de gorge, de la fièvre et une éruption en divers points du corps de grandes taches érythémateuses.

Depuis l'âge de trois ans, le malade a des poussées analogues, toujours au même endroit, deux ou trois fois chaque année.

Sujet un peu nerveux, pâle, mais de bonne santé habituelle.

OBSERVATION X

1876. Bertholle (Résumée).

Il s'agit d'un médecin âgé de 48 ans, qui, dès son enfance, a eu de l'herpès labial, remplacé, vers l'âge de vingt ans, par de l'herpès préputral. L'herpès de la fesse a débuté vers trente ans et s'est manifesté de plus en plus souvent depuis cette époque ; en même temps, apparurent des accès d'asthme, alternant avec des douleurs névralgiques intenses dans l'épaule. Vers l'âge de trente-cinq ans, survinrent des migraines, puis une cystite douloureuse à forme névralgique. Ses migraines devinrent plus violentes et plus fréquentes, au moins tous les deux mois, survenant périodiquement et s'accompagnant régulièrement d'une éruption d'herpès à la fesse.

L'accès débute par une journée d'excitation nerveuse, puis après une nuit calme survient l'accès de migraine avec douleur sus-orbitaire droite, vomissements, éructations, vertiges et faiblesse musculaire. La migraine dure douze heures. Le second ou le troisième jour, le malaise revient accompagné d'un point sensible dans la fesse gauche. Cette douleur va en augmentant pendant vingt-quatre heures, devenant extrêmement violente et s'accompagnant d'irradiations

dans tout le membre inférieur gauche, surtout le genou, qui est hyperesthésique, dans le scrotum et quelquefois la vessie. Le troisième ou quatrième jour, quand la douleur s'atténue au point douloureux de la fesse, apparaît une tuméfaction inflammatoire de la peau qui se couvre de vésicules d'herpès. L'éruption s'accompagne d'un gonflement douloureux des ganglions de l'aîne, et elle se dessèche vers le quatrième jour. Ses accès les plus violents sont suivis de coliques, de diarrhée bilieuse et d'un écoulement hémorroïdal.

OBSERVATION XI

1896. *Coriveaud.*

Le sujet de cette observation est un homme de cinquante ans, sans tare diathésique, qui est sujet, depuis l'âge de vingt-six ans, à des névralgies sciatiques. Chaque crise éclate brusquement, sans cause connue ; c'est une douleur lancinante ou térébrante qui envahit tout le membre inférieur gauche, tantôt le droit ; tantôt un point seul et bien limité comme la région post-trochantérienne. Après un ou deux jours, la douleur s'apaise et tout rentre dans l'ordre jusqu'à la nouvelle crise, qui apparaît une semaine, quelquefois plusieurs mois ou même une année après. Chaque accès est invariablement suivi de l'apparition d'une petite plaque d'herpès, le plus souvent à la marge de l'anüs ou dans les environs immédiats.

Aucun traitement n'a réussi à soulager le malade, sauf celui imaginé d'ailleurs un jour par lui-même qui consistait à jouer quelques airs sur un violon, fût-ce des gammes. Cette thérapeutique bizarre ne semblait donc pas agir par auto-suggestion ; il y avait là, sans doute, l'action d'un ébranlement purement mécanique dont l'effet se faisait sentir à distance sur le sciatique douloureux par l'intermédiaire des nerfs de la région scapulaire, cervicale et céphalique.

OBSERVATION XII

1896. *Epstein.* — Herpès récidivant des doigts.

Un médecin contracte un chancre induré de l'index gauche, situé juste sur la pulpe.

Quelques mois plus tard, apparaît une plaque rouge, gonflée, très douloureuse, sur la face latérale cubitale de ce même index, puis sur la plaque rouge, quelques groupes d'herpès. Ses douleurs disparurent en un ou deux jours, puis l'herpès guérit normalement.

La même éruption s'est reproduite au même endroit un grand nombre de fois à des intervalles de quelques mois ou d'une année. Jamais l'éruption n'a atteint la face palmaire du doigt. Quelques poussées plus intenses ont laissé des cicatrices superficielles.

OBSERVATION XIII

1921. *Tzank.*

Mme Sch..., 22 ans.

Herpès récidivant de la paume de la main droite datant de huit mois. Eruption revenant exactement tous les quinze jours, exactement au même endroit.

Evolution toujours semblable ; chaleur et douleur précédant de quelques heures un placard érythémateux ; le lendemain, apparition de vésicules durant 4 à 7 jours, laissant à leur suite des croûtelles qui n'étaient pas toujours tombées lorsqu'apparaissait une poussée nouvelle.

La régularité de ces poussées faisait de cet herpès un cas parfait pour juger de l'effet d'une thérapeutique.

Au lendemain d'une poussée (septembre 1921), première injection de 2 centimètres cubes de sérum. Cette injection est répétée tous les trois jours.

Au 15^e jour, la malade ressent la cuisson et les douleurs caractéristiques précédant la poussée nouvelle. On constate

l'existence d'un placard érythémateux, mais l'éruption n'a point lieu le lendemain. Le traitement est continué jusqu'à la 10^e injection.

Au 30^e jour, nouvelle alerte non suivie d'éruption. Le traitement est interrompu depuis plus de deux mois et la malade semble guérie.

Notons en passant l'amélioration remarquable de l'état général de la malade sous l'influence de ce traitement et notamment la disparition d'accès migraineux.

OBSERVATION XIV

1921. *Tzank.*

J. Mich..., 17 ans. Herpès récidivant de la face (pourtour des lèvres, net). Eruption, depuis sept ans, revenant tous les mois environ.

La poussée est pour ainsi dire instantanée. En quelques minutes, démangeaisons très vives et cuisson, puis en quelques heures le placard vésiculeux est constitué.

Le 6 novembre 1920, en pleine poussée, institution d'auto-sérothérapie. Le malade reçoit 10 injections à raison de 2 par semaines.

Le 25 novembre 1920, le malade vient montrer un léger placard érythémateux. Elle a ressenti dans la nuit les sensations caractéristiques précédant la poussée et a été tout étonnée au réveil de ne pas voir le placard vésiculeux. Dans la soirée, la rougeur disparaît elle-même.

Le 18 décembre 1920, nouvelle alerte, mais moins marquée.

Depuis cette date, la malade (revue en septembre 1921) n'a plus eu de poussée.

OBSERVATION XV

1921. *Tzank.*

Herpès récidivant des fesses, depuis quatre années, revenant à intervalles irréguliers, mais ne dépassant guère trois mois.

Dernière poussée le 11 août 1921.

A la suite de dix injections de son propre sérum à la dose de 2 cent. cubes, guérison apparente datant de quatre mois.

OBSERVATION XVI

1922. *Milian.*

R. M..., 33 ans. Entré dans le service le 13 février 1922, pour l'herpès de la pommette droite.

L'éruption se compose d'une vingtaine d'éléments vésiculeux, dont le début remonte à 24 heures. Elle se reproduit périodiquement, depuis trois ans, sous forme d'une poussée analogue qui survient vers la même époque et dure environ 15 jours.

Sujet vigoureux. On ne trouve pas trace d'irritation des cavités voisines, œil, nez, bouche, oreille. Pas trace de syphilis héréditaire ou acquise. La réaction de Wassermann est complètement négative (SW=O, Desmoulière).

Les divers examens pratiqués le 13 février sur des vésicules âgées de 24 heures ont donné les résultats suivants :

1° Frottis du contenu des vésicules. Polynucléose intense à noyaux multiples et fragmentées, avec très rares cocci prenant le grain.

2° Inoculation intra-cornéenne chez le lapin, pratiquée à l'œil droit avec une seringue de Barthélemy et une fine aiguille près du limbe cornéen au voisinage de la sclérotique.

Le 14 février, léger trouble de la cornée au lieu d'injection, avec hyperémie conjonctivale de voisinage.

Le 16 février, kérato-conjonctivite suppurée intense, sans trace de phlyctène. Le 17 février, œil fermé purulent. Kératite intense. Les frottis montrent une polynucléose abondante sans microbes. Le 21 février, la kératite persiste, mais la suppuration a disparu.

Cette première inoculation ayant été pratiquée très près du limbe cornéen et ayant déterminé une réaction conjonctivale intense du voisinage, une nouvelle inoculation intracornéenne est pratiquée le 14 février, chez un deuxième lapin, cette fois dans l'intérieur même du cercle cornéen. Le contenu des vésicules est alors âgé de deux jours. Le 15 février, injection conjonctivale au voisinage de la cornée. Léger trouble cornéen avec aspect dépoli de la cornée. Le 16 février, tache cornéenne lenticulaire de 4 millimètres de diamètre, sans vésiculation. Conjonctivite. Le 17 février, petite ulcération cornéenne, des dimensions d'une tête d'épingle. Le 21 février, kératite locale en voie d'atténuation.

Le 5 mars, guérison de la kératite chez le premier comme chez le deuxième lapin.

3° Culture sur bouillon du contenu des vésicules humaines. L'examen pratiqué régulièrement, au cours des jours qui suivent n'a pas montré trace de germe et les cultures sont restées absolument claires.

OBSERVATION XVII

1922. Milan.

L. C..., 15 ans, entre dans le service le 26 janvier 1922, pour herpès récidivant du menton. La poussée actuelle a débuté il y a quinze jours, mais comprend encore des vésicules fraîches. Le malade est sujet depuis plusieurs années à des poussées analogues survenant tous les hivers.

L'examen général montre des stigmates d'hérédosyphilis : front olympien, dents mal plantées avec désorientation des incisives inférieures, voûte palatine ogivale, soudure des lobules des oreilles, scoliose à concavité dorsale gauche, arc lilas onguéal, orteils en griffe. Le père est mort accidentellement. La mère accuse une fausse couche. La réaction de Wassermann est négative.

Les examens pratiqués le 26 janvier sur des vésicules fraîches ont donné les résultats suivants :

1° Frottis. Leucocytes sans flore microbienne.

2° Inoculation intra-cornéenne chez le lapin.

Le 28 janvier, trouble à l'endroit d'injection. Cornée légèrement opaque sur une zone lenticulaire de 3 à 4 millimètres de diamètre. Pas trace de vésicule ni de phlyctène.

Cette kératite reste stationnaire jusqu'au 2 février et diminue ensuite progressivement. Elle a complètement disparu le 16 février. Frottis de la cornée pratiqué le 29 janvier ; leucocytes, pas de cocci.

3° Culture sur bouillon. Résultat négatif. Les examens du 27 et du 28 janvier ne montrent aucun germe. Le 29 janvier, un réensemencement de la culture sur bouillon reste également négatif.

Le 28 janvier, on pratique avec la première culture, âgée de deux jours, une inoculation intra-cornéenne chez un deuxième lapin. Cette culture est entièrement claire et d'apparence stérile. Le lendemain 29 janvier, apparaît chez le deuxième lapin une kératite diffuse sans phlyctène, qui subit une évolution analogue à celle du premier, et a, comme elle, complètement disparu le 16 février.

OBSERVATION XVIII

1923. *Milian.*

Le nommé Ch..., boucher, âgé de 38 ans, vient consulter, le 18 avril 1923, à l'hôpital Saint-Louis, dans mon service,

pour une éruption de la fesse gauche. Il existe, en effet, à la partie supérieure et interne de celle-ci, à quatre travers de doigts en dehors du pli fessier, à cinq travers de doigts au-dessous de la crête iliaque, cinq petits bouquets composés chacun de 3 ou 4 éléments, qui sont de petites croûtes rondes, jaunâtres, molles, identiques à celles de l'herpès en voie de dessiccation. Sous chacune de ces croûtes, décollées à la curette, on voit une petite ulcération ronde, à fond lisse et saignant. Cette éruption est apparue trois jours auparavant sans douleur, ni symptômes généraux ; elle a été précédée seulement d'un léger prurit.

Il n'existe localement aucune différence de température entre les deux régions symétriques, aucun trouble de sensibilité objective ; il n'y a pas de ganglions inguinaux du côté correspondant.

Au-dessous de ces lésions en activité, il existe, sur une étendue de la surface d'une paume de main, une série de macules violacées, au nombre d'une cinquantaine environ, qui sont, d'après le malade, le reliquat d'une série d'éruptions antérieures de nature identique, et qui, par suite, ne se reproduisent pas toujours exactement au même endroit, mais à quelques millimètres ou centimètres plus loin. Il y a chaque fois, dit le malade, production « de petites cloques en grappillon comme des œufs de poisson », qui laissent couler de l'eau et guérissent en une dizaine de jours..

La première éruption est survenue, pour la première fois en avril 1918 et a été vue par un médecin-major qui l'a qualifiée de zona. Depuis cette époque, l'éruption se reproduit environ tous les deux ou trois mois, quelquefois toutes les semaines et, tandis qu'au début elles disparaissaient sans cicatrice, depuis un an environ, elles laissent « des marques ». Il n'y a jamais eu de névralgie fessière, ni sciatique.

Cet homme a eu un chancre syphilitique en avril 1921, qui a été soigné par deux séries de novarsénobenzol, à la

suite de chacune desquelles la réaction de Wassermann a été reconnue négative. Aujourd'hui, cette réaction est moyennement positive. Il existe d'ailleurs sur le bord de la langue une petite ulcération en coup d'ongle, qui ne peut être que de nature syphilitique. Les réflexes rotuliens, achilléens, olécrâniens sont normaux, ainsi que les réflexes pupillaires.

Les viscères sont normaux. Il existe un léger souffle systolique de la base.

Il s'agit d'un homme de haute taille, au teint coloré, d'embonpoint marqué, plutôt obèse, du poids de 98 kilogr.

Inoculation au lapin le 18 avril, c'est-à-dire au 4^e jour de l'herpès, après ablation des croûtes, il est aspiré, avec une seringue de Barthélemy, quelques gouttes de la sérosité qui suinte sous la croûte, et chaque cornée d'un lapin est inoculée à la fois par piquûre et par scarification.

Au 2^e jour, les cornées restent transparentes. Au 5^e, on voit à l'œil gauche, sur le pôle supérieur de la cornée, une tache opaline de kératite intersituelle, et la région conjonctivale de voisinage est congestionnée. Déjà à ce moment on remarque que la tête du lapin est un peu contracturée et a tendance à se dévier vers la droite. Au 7^e jour, la kératite est purulente. L'animal est alors couché sur le côté droit ; lorsqu'on le met sur ses pattes, il retombe toujours sur ce côté droit, les pattes antérieures et postérieures étendues de telle façon que pattes et corps décrivent un véritable arc de cercle. Ainsi couché, sur le flanc, l'animal est pris à tous instants de mouvements des pattes analogues à ceux d'un nageur et qui aboutissent au tournoisement de l'animal dans le sens des aiguilles d'une montre. Ces mouvements giratoires se produisent par séries de 5, 8, 10 tours, puis recommencent une ou deux fois par cinq minutes, quelquefois plus, quelquefois moins souvent. Dans sa cage, il a ainsi creusé un trou dans sa litière et repose à même sur le plancher.

La mort survint au dixième jour en même temps que la kératite était devenue formidablement purulente.

Le mésencéphale, broyé dans du sérum physiologique, 24 heures après la mort, a pu servir à l'inoculation intracérébrale de deux autres lapins qui sont morts en 36 heures, d'une encéphalite suraiguë avec convulsions et mouvements giratoires.

CONCLUSIONS

I. — L'herpès récidivant des joues, des fessés, etc., n'est pas un trouble trophique comme le croyaient les anciens auteurs à cause de sa fixité régionale et des douleurs qui l'accompagnent.

II. — C'est un herpès de nature infectieuse comme l'herpès vulgaire. Son inoculation à la cornée du lapin donne en effet une kératite caractéristique identique à celle de l'herpès vulgaire.

III. — Le virus de l'herpès récidivant est particulièrement neurotrophe, car son inoculation à la cornée du lapin s'accompagne constamment secondairement de troubles encéphalitiques (Milian).

IV. — Le virus vit à l'état latent dans le derme et l'épiderme. Il retrouve sa virulence pour reproduire l'herpès, sous des influences diverses : époque menstruelle, injections médicamenteuses, etc.

Vu Bon à imprimer :
Le Président de Thèse,
JEANSELME.

Vu et PERMIS d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
APPELL.

Vu :
Le Doyen,
ROGER.

BIBLIOGRAPHIE

- BERTHOLLE. — De l'herpès récidivant de la peau. (*Gazette des Hôpitaux*, 1876, p. 836 et 889.)
- W. DUBREUILH. — Herpès récidivant de la peau. (*Ann. dermat.*, 1900, p. 651.)
- Herpès récidivant. (*Ann. dermat. et syph.*, 1901, p. 1025.)
- EPSTEIN. — Zoster und Herpès facialis et genital (*Vierteljahrsschrift f. Derm.*, 1886, p. 790.)
- THIBIERGE. — *Mercredi médical*, 1890, n° 49, p. 521.
- FEULARD. — Herpès récidivant de la fesse. (*Ann. Derm.*, janv. 1895, p. 32.)
- CORIVEAUD. — *Gaz. méd. de Paris*, 1896, p. 265.
- HALOPEAU. — *Annales de Derm.*, 1889, p. 336.
- CORONE. — Un cas d'herpès récidivant génital, traitement par l'aspirine. (*Bull. soc. de sc. méd. et biologiques de Montpellier*, 1921-1922.)
- MILIAN et PERRIN. — Note sur l'étiologie de l'herpès récidivant. (*Bull. Soc. franç. de dermat. et syph.*, Paris, 1922, p. 147-150.)
- NICOLAU et POINCLoux. — Herpès récidivant, caractères de virus herpétiques. (*Comptes rendus Soc. de biologie, Paris*, 1922, p. 451-454.)
- FOMMISI. — L'Herpès gestationis, seguito da Herpès menstrualis, eruzione erpetica, transitoria congenita nel feto. (*Giorn. ital. d. mal. ven. Milano*, 1922, p. 669.)

- RIVALIER (E.). — Etiologie de l'herpès. (*Paris méd.*, 1923, p. 257-262.)
- FLANDIN et FRANK. — Herpès récidivant de la verge. (*Soc. fr. derm.*, 1921, p. 491.)
- BLANC. — Recherches expérimentales sur le virus de l'herpès. (*C. R. des Sc.*, 14 mars 1921, p. 725.)
- Qu'est-ce que l'herpès. (*Grèce médicale*, juillet 1922, p. 69.)
- BLANC et CARNINOPETROS. — Recherches expérimentales sur le virus de l'herpès (*C. R. Biologie*, 30 avril et 16 mai 1921.)
- BLANC, CARNINOPETROS et MENALIDI. — *Résumé biologique d'Athènes*, 20 janvier 1922.
- DOERR et VOCHTING. — Etudes sur le virus de l'herpès fébrile. (*Rev. gén. d'ophtalmologie*, octobre 1920.)
- DOERR et SCHNABEL. — Le virus de l'herpès fébrile et ses rapports avec le virus de l'encéphalite épidémique. (*Schweiz. mediz. Woche*, 19 mai 1921 et 16 juin 1921.)
- DOERR et W. BERGER. — *Schweiz. med. Woch.*, 24 et 31 août 1922.
- KLING, DAVIDE et LILJENKWIST. — Nouvelles investigations sur les prétendues relations entre le virus encéphalitique et le virus herpétique. (*Résumés biologiques de Suède*, 20 novembre 1922.)
- LEVADITI et HARVIER. — Etude expérimentale de l'encéphalite dite léthargique. (*Annales de l'Institut Pasteur*, décembre 1920, p. 911.)
- LEVODITI. — *Bulletin de l'Inst. Pasteur*, 15 mai 1921, p. 289.
- HARVIER. — Les virus filtrants neurotropes. (*Paris méd.*, 1921.)
- LEVADITI. — Comparaison entre les divers ultra-virus neurotropes. (*C. R. Biologie*, 23 juillet 1921.)
- LEVADITI, HARVIER et NICOLAU. — *C. R. Biologie*, 25 juin 1921.)

- LUGER et LANDA. — Contribution à l'étiologie de l'herpès fébrile. (*Wiener Klin. Woch.*, 26 mai 1921.)
- LIPSCHÜTZ. — Ueber Chlamidozoa strongyloplasmas die Aetiologie des Herpes genitalis. (*Dermatologische Woch.*, 1921, n° 20.)
- VETTER. — Herpès dans l'encéphalite léthargique. (*Bull. Soc. méd. Hôp.*, 21 juillet 1921.)
- RAVANT et RABEAU. — Sur la virulence du liquide céphalo-rachidien d'un malade atteint d'herpès génital. (*C. R. Biologie*, 17 décembre 1921.)
- TEISSIER, GASTINEL et REILLY. — Inoculabilité de l'herpès, l'unité des herpès, transmission du virus au rat blanc. (*C. R. Biologie*, 17 janvier 1922 et 22 juillet 1922.)
- MILIAN. — Un cas d'herpès récidivant de la fesse ; sa nature infectieuse. (*Bull. Soc. fran. de dermat. et syphiligraphie*, 17 mai 1923.)
-

Imprimerie spéciale de la Librairie LE FRANÇOIS
91, boulevard Saint-Germain, Paris.
